

ANNA KUZAKA

*Obraz choroby a poczucie wsparcia społecznego
u osób starszych*

The picture of illness and the sense of social support in elderly people

WPROWADZENIE

Demograficzne starzenie się społeczeństw stało się symbolem naszych czasów. Jak twierdzi G. Dacquino, „ludzkość pokrywa się zmarszczkami”. Na przestrzeni wieków średnia długość życia znacznie się wydłużyła. W okresie neolitu człowiek żył 20 lat, w epoce rzymskiej 30 lat, w średniowieczu – 40 lat. Dziś oczekiwana długość życia to przynajmniej 75 lat (Prozanto 2005). Wzrastające obecnie zainteresowanie problematyką okresu późnej dorosłości niewątpliwie wiąże się z faktem postępującego w szybkim tempie starzenia się społeczeństw, w tym polskiego (Harwas-Napierała, Trempała 2002). Na tym tle widoczne staje się zapotrzebowanie na prace uświadamiające rolę człowieka starego w społeczeństwie i kulturze. Istotnego znaczenia nabiera pogląd, że okres starzenia się to równie istotny etap życia człowieka jak wcześniejsze okresy rozwoju ontogenetycznego, a poznanie mechanizmów i cech procesu starzenia się psychologicznego bez wątpienia przyczynia się do pogłębienia ogólnej wiedzy o człowieku.

Wcześniejsze prace psychologiczne dotyczące starości skupiały się głównie na opisie regresywnych zmian funkcji psychicznych. Obecne badania coraz częściej koncentrują się na zasobach człowieka starego, ukazując nie tylko jego ograniczenia, ale i możliwości rozwojowe (Baltes 1990; Labouvie-Vief 1990; Rathunde 1995). Badania te wychodzą naprzeciw zapotrzebowaniom społecznym na wiedzę o tym, jak opóźnić procesy starzenia się, jak pomóc człowiekowi starym w maksymalnym wykorzystywaniu rezerw psychicznych oraz jak uczynić sta-

rość satysfakcjonującym okresem życia (Baltes, Baltes 1990; Chopra 1993; Tłokiński 1997).

ADAPTACJA DO STAROŚCI

Zagadnienia późnej dorosłości koncentrują się wokół dwóch wymiarów starzenia się: biologicznego oraz psychospołecznego. W rozważaniach dotyczących psychospołecznego wymiaru starzenia się, ukierunkowanego na rozwojowy aspekt tego okresu życia, pojawiło się zagadnienie adaptacji do starości, którą Baltes określa jako „sztukę radzenia sobie z problemami codzienności dzięki sprawowaniu osobistej kontroli nad perspektywą starzenia się oraz jakością życia w warunkach skumulowanego doświadczenia utraty najważniejszych wartości” (Baltes, Baltes 1990).

Podjęcie, w którym silnie zaznaczona jest tendencja do ujęcia kontekstualnego zestawienia czynników stresowych z zasobami radzenia sobie w sytuacji trudnej, zaowocowało pojawieniem się w literaturze pojęcia rezyliencji (Green 2002). Rezyliencja jest zespołem umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem o dużym nasileniu, polegającego na elastycznym, twórczym radzeniu sobie z przeciwnościami. Główną rolę odgrywa tu zdolność oderwania się od negatywnych doświadczeń i zdolność do wzbudzania pozytywnych emocji (Tugade, Fredrickson 2004). Zjawisko rezyliencji łączy w sobie umiejętność tworzenia przez jednostkę poczucia siły, wiary we własne możliwości oraz pozytywny stan emocjonalny oparty na poczuciu sukcesu w wytyczonych i realizowanych przez jednostkę celach (Gałkowski 2008). Termin rezyliencji jest odnoszony do szerszego spektrum problemów. Od kilku lat zajmuje trwałe miejsce w psychologii rehabilitacyjnej i psycho-neuro-immunologii (Gałkowski 2008). Wydaje się przydatny również do wyjaśniania zjawisk pojawiających się w okresie późnej dorosłości.

Spostrzeżenia dotyczące zachowań społecznych ludzi starych pozwoliły na sformułowanie teorii wyjaśniających mechanizm adaptacji do starości. Są to: teoria aktywności, teoria wycofania się oraz teoria stresu starzenia się. Teoria aktywności zakłada, że naturalny proces starzenia pozwala jednostce utrzymać dotychczasowe zaangażowanie życiowe poprzez znajdowanie zastępczych zajęć, substitutów utraconych wartości i nawiązywanie nowych znajomości. Teoria wycofania się, sformułowana przez E. Cumming i W. E. Henry'ego, głosi, że nie aktywność, lecz wyłączenie się z życia społecznego jest naturalną i funkcjonalnie ważną potrzebą rozwojową w późnej dorosłości. Autorzy przekonują, iż wycofanie się i bierność jest potrzebna ludziom starym do osiągnięcia równowagi psychicznej oraz dalszego rozwoju osobowości. Pasywność w życiu społecznym sprzyja bowiem introspekcyjnej analizie wspomnień, nierozwiązanych konfliktów, rein-

terpretacji dawnych przeżyć i odkrywaniu nowych znaczeń (Harwas-Napierała, Trempała 2002). Z kolei teoria stresu starości zakłada, że krytyczne zdarzenia w życiu starzejącego się człowieka, takie jak obniżenie ogólnej sprawności oraz utrata dotychczasowego statusu społecznego i materialnego, działają jak stresory, zmuszając człowieka do readaptacji, pozbawiając go nabytych cech i upraszczając osobowość. W wyniku stresu starzenia się najważniejszego znaczenia dla jednostki nabierają czynniki mające znaczenie we wczesnych okresach dzieciństwa – dobrostan fizjologiczny i psychologiczny (poczucie bezpieczeństwa) oraz potrzeba ogólnej stymulacji.

ZDARZENIA KRYZYSOGENNE

Główną kategorią opisu sytuacji społecznej w okresie późnej dorosłości jest pojęcie straty. Zdarzenia o charakterze straty wzbudzają silne emocje negatywne, jeśli dotyczą wartości związanych z codziennym życiem jednostki i występują łącznie, stają się zdarzeniami kryzysogennymi. Według B. Harwas-Napierały (Harwas-Napierała, Trempała 2002) najczęściej występujące w późnej dorosłości zdarzenia krytyczne to: utrata zdrowia i atrakcyjności fizycznej, utrata bliskich osób, utrata statusu społecznego i ekonomicznego, utrata przydatności i prestiżu, zbliżająca się perspektywa śmierci. Można zaryzykować stwierdzenie, iż wszystkie wyżej wymienione zdarzenia krytyczne mogą być skutkiem sytuacji niezależnej od wieku – sytuacji choroby.

Podeszły wiek wiąże się nierozdzielnie z występowaniem nawracających problemów związanych ze zdrowiem. Często w przypadku osób starszych mamy do czynienia z polichorobowością, czyli współwystępowaniem zaburzeń w zakresie kilku układów lub narządów organizmu. Wśród schorzeń, na które zapadają najczęściej osoby starsze, znajdują się choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc), choroby układu nerwowego (np. udary mózgu) oraz zmiany zwyrodnieniowe OUN prowadzące do otępienia, np. choroba Alzheimera, lub do znacznego upośledzenia sprawności w życiu codziennym, np. choroba Parkinsona. Kolejnym problemem są zaburzenia endokrynologiczne, głównie cukrzyca, ale także niedoczynność i nadczynność tarczycy. Dysfunkcyjność (głównie somatyczna) osoby w wieku podeszłym ulega znacznemu zwiększeniu w związku ze wzrostem wraz z wiekiem częstości chorób narządu ruchu (zmiany zwyrodnieniowe stawów, osteoporoza, złamania) oraz narządów zmysłu – wzroku czy słuchu.

REPREZENTACJA CHOROBY – KOMPONENTY I ZNACZENIE

Opracowania z zakresu psychologii klinicznej i psychologii zdrowia wiele uwagi poświęcają zagadnieniu wpływu choroby na psychospołeczne funkcjonowanie jednostki. W literaturze przedmiotu, zarówno polskiej, jak i zagranicznej, szeroko opisywane są psychospołeczne konsekwencje choroby w kontekście poczucia jakości życia wyznaczonej stanem zdrowia (Sęk 1993; Meyza 1997). W praktyce klinicznej w rozważaniach dotyczących sytuacji osoby chorej nie mniej ważna wydaje się relacja odwrotna, czyli wpływ kontekstu psychospołecznego na obraz własnej choroby. Obraz choroby, określanej jako koncepcja choroby, reprezentacja poznawcza choroby (Kulczycki 1971; Heszen-Klemens 1979), może odgrywać ważne funkcje regulacyjne, bowiem zachowanie człowieka zależy nie tylko od obiektywnych właściwości sytuacji, ale też od jej subiektywnej percepcji (Tomaszewski 1975; Magnuson 1978).

Podstawowe wymiary choroby dotyczą: charakterystyki (rodzaj i typowe objawy), przyczyn jej powstania (etiologii), przebiegu i dynamiki zmian klinicznych, konsekwencji czasu trwania i sposobu leczenia (Leventhal i in. 1985). Cechy te mogą być przyczyną wewnętrznych konfliktów i napięć oraz powodować zmiany w odpowiadającym im różnym obszarom obrazu siebie i funkcjonowania osoby chorej. Reprezentacja poznawcza choroby powstaje na podstawie informacji płynących z upowszechnionej w mediach wiedzy medycznej, od przedstawicieli służby zdrowia, zwłaszcza lekarzy – źródłem informacji często jest też rodzina, znajomi czy inni pacjenci. Na obraz objawów chorobowych istotny wpływ mają również czynniki przedchorobowe, takie jak wiek, wykształcenie, osobowość przedchorobowa oraz tło psychospołeczne, w jakim jednostka funkcjonowała (Bolewska 2008).

Badania przeprowadzone na gruncie neuropsychologii klinicznej wskazują zarówno na negatywny, jak i pozytywny wpływ wieku na radzenie sobie w sytuacji choroby. Negatywny aspekt wiąże się ze zwiększeniem neurobehawioralnych konsekwencji uszkodzeń mózgu wynikających ze spadku tempa przetwarzania informacji i zmniejszenia się zakresu pamięci krótkotrwałej. Pozytywny wpływ wieku manifestuje się w odmiennej perspektywie przeżywania choroby przez osoby młode i w starszym wieku – łatwiej radzimy sobie z kolejną trudnością, gdy mieliśmy już w życiu do czynienia z trudnymi sytuacjami (Bolewska 2008). To, czy pacjent (i w jaki sposób) zaadaptuje się do choroby, zależy od reakcji emocjonalnych i motywacyjnych, które wykształcił w ciągu życia, jak również od emocjonalnych i poznawczych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Kolejnym ważnym czynnikiem funkcjonowania pacjenta jest środowisko, z którego pochodzi. W literaturze niezwykle ważną rolę przypisuje się rodzinie. Im bliższe i bardziej satysfakcjonujące więzi łączyły członków rodziny przed

chorobą jej członka, tym akceptacja choroby będzie łatwiejsza. Istotny jest również status materialny, który jeśli jest wysoki, może przyspieszyć proces adaptacji do choroby poprzez stworzenie możliwości np. zakupu sprzętu rehabilitacyjnego (Bolewska 2008). Innego rodzaju, lecz również bardzo istotnych informacji dostarcza własne samopoczucie chorego, odczuwane dolegliwości oraz ich skutki dla aktywności – etiologia i obraz kliniczny choroby.

Obraz choroby bywa często wyolbrzymiany, czasem pomniejszany – z reguły jednak zniekształcony. W niektórych przypadkach pacjent może w ogóle negować objawy choroby. Zaburzenia samoświadomości objawów opisuje się w piśmiennictwie przy użyciu takich terminów, jak anozognozja, nieświadomość, zaprzeczanie deficytom, zaburzony wgląd. Nieświadomość nabytych dysfunkcji sensomotorycznych i poznawczo-behawioralnych jest częstym następstwem uszkodzenia mózgu. Patologiczny poziom samoświadomości to brak poczucia inwalidyzujących objawów choroby (anozognozja), przejawiający się niezdolnością do dostrzegania własnej niepełnosprawności i krytycznej oceny swego funkcjonowania pod względem posiadanych zaburzeń i zachowanych umiejętności (Deutch, Springer 1998; Walsh, 1998; Herzyk 2005). Obraz kliniczny anozognozji jest zróżnicowany ze względu na występowanie tego zaburzenia w odmiennych zespołach neuropsychologicznych, co wskazuje na działanie różnych mechanizmów neuronalnych. Selektywne zaburzenia świadomości (z zachowaniem pełnej przytomności i kontaktu z otoczeniem), związane z niepełnym zdawaniem sobie sprawy z własnych zaburzeń, często współwystępują z wybiórczymi deficytami neuropsychologicznymi i neurologicznymi typu afazji, agnozji, apraksji, amnezji, demencji i niedowładu połowiczego. Jako egzemplifikacja specyfiki braku świadomości chorego w odniesieniu do realnie istniejących zaburzeń niech posłuży opis anozognozji w zespole ślepoty korowej – zespole Antona. Ślepotą korową (zespół Antona) powstaje w wyniku obustronnego uszkodzenia płatów potylicznych i cechuje się znacznym ubytkiem w polu widzenia w postaci np. niedowidzenia połowiczego lub całkowitej ślepoty, zależnie od rozległości uszkodzenia włókien łączących okolice potyliczne z innymi obszarami korowymi. Pacjenci, mimo funkcjonalnej ślepoty, nie wiedzą, że nie widzą i zachowują się, jakby widzieli, np. opowiadają o tym, co widzą i aktywnie zaprzeczają trudnościom w widzeniu, gdy są z nimi konfrontowani. Osoby z zespołem Antona mogą symulować czynność cichego czytania np. gazety, a poproszeni o głośne czytanie odpowiadają, że boli je głowa, że nie mają okularów lub w pokoju jest zbyt ciemno. Świadome przekonanie pacjentów ze ślepotą korową, że widzą normalnie, prowadzi do zniekształconych i błędnych interpretacji rzeczywistości, co stanowi sedno objawów anozognozji (Domańska, Borkowska 2008).

Obraz choroby jest ważnym czynnikiem wpływającym na zachowania ukierunkowane na zmianę własnego stanu zdrowia. W związku z tym rozważa się sy-

tuację choroby także w kontekście stresu psychologicznego będącego, zdaniem twórców pojęcia – Geringera i Spieglera, „reakcją na sytuację zagrożenia potrzeb jednostki, które powinna ona realizować” (Siek 1989).

Nie do końca poznany jest mechanizm wpływu stanu psychicznego jednostki na stan somatyczny. Zagadnienie to rodzi wiele kontrowersji wśród przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych – od medycyny, psychologii po metafizykę i filozofię. Opracowania z zakresu medycyny i psychologii klinicznej opisują wpływ zahamowania lub wzmożonego wydzielania różnych substancji neurochemicznych (np. adrenaliny, noradrenaliny, dopaminy, serotoniny, glukokortykoidów) pod wpływem przeżywania stanu napięcia, niepokoju i negatywnych uczuć, które to substancje zmieniają pracę autonomicznego układu nerwowego, a tym samym całego organizmu (Bergh 1992). Idąc tym śladem, można założyć, że poprawa stanu psychicznego osoby chorej wpłynie również korzystnie na samopoczucie fizyczne. W przeprowadzonych przez siebie laboratoryjnych badaniach eksperymentalnych B. Frederickson starała się dowieść, jak ważne funkcje pełnią pozytywne emocje w sytuacjach stresowych. Rezultatem tych badań było stworzenie przez autorkę teorii poszerzającej i budującej roli emocji pozytywnych. Funkcja poszerzająca przejawia się zwiększeniem zakresu procesów uwagi, pamięci, myślenia pod wpływem pozytywnych emocji – radości, zadowolenia, dumy, dzięki czemu człowiek w sytuacji rozwiązywania problemu staje się bardziej elastyczny i twórczy. Kilka badań przeprowadzonych w laboratorium Frederickson wykazało też, iż fizjologiczne skutki negatywnych emocji zostały „odwrócone” pod wpływem pozytywnych emocji, co może być udokumentowaniem zależności psychosomatycznych. Zdaniem autorki, pod wpływem zadziałania bodźców wywołujących emocje pozytywne, np. humorystycznych scen, dochodzi szybciej do unormowania czynności sercowo-naczyniowej (Frederickson 2003). Znane są również badania dokumentujące wpływ wsparcia społecznego na procesy odpornościowe (Kang i in. 1998).

Nawiązując do wspomnianej wcześniej teorii stresu starzenia się, w której główne miejsce zajmuje pojęcie dobrostanu fizjologicznego i psychologicznego jako nadrzędnej wartości człowieka w okresie późnej dorosłości, warto skoncentrować się na zagadnieniu obrazu własnej choroby u osób w podeszłym wieku w odniesieniu do poczucia wsparcia emocjonalnego ze strony otoczenia.

POJĘCIE WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Wsparcie społeczne jest różnie definiowane. Uważa się je za pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, zasoby dostarczane jednostce przez interakcje z innymi ludźmi, konsekwencje przynależności człowieka do społeczeństwa,

zaspokojenie potrzeb w trudnych sytuacjach przez osoby znaczące i grupy odniesienia (Sęk 2001). Niezależnie od tych różnic w definiowaniu zakresu wsparcia społecznego wymienia się:

- ♦ **wsparcie emocjonalne**, polegające na tym, że w toku interakcji przekazuje się emocje podtrzymujące, uspokajające, odzwierciedlające troskę i pozytywne ustosunkowanie do osoby wspieranej. Zachowania wspierające mają na celu opiekę. Osoby cierpiące mogą dzięki poczuciu przynależności i opieki uwolnić się od napięć i negatywnych uczuć, mogą wyrazić swoje obawy, swój smutek, wyzwolić poczucie nadziei. Poprawia to samopoczucie i wpływa na samoocenę;

- ♦ **wsparcie informacyjne**, będące wymianą i udzielaniem informacji oraz dawaniem rad, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, własnego położenia życiowego i problemów. Chodzi tu także o dostarczanie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowania przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych oraz dzieleniem się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne problemy;

- ♦ **wsparcie instrumentalne** – polega na udzieleniu bezpośredniej pomocy w formie pożyczek, darów lub usług;

- ♦ **wsparcie duchowe**, związane ze szczególnie krytycznymi sytuacjami życiowymi (nieuleczalna choroba, stany terminalne). Dotyczy to opieki hospicyjnej, niosącej pomoc w cierpieniu i bólu duchowym, które związane są z sensem życia i śmierci i wymagają odniesienia się właśnie do sfery ontologicznej (Sęk 2001).

Zgodnie z teorią buforową wsparcia subiektywna ocena osoby co do możliwości skorzystania ze wsparcia społecznego modyfikuje jej percepcję sytuacji problemowych. Osoby przekonane, że ich zasoby są wystarczające do poradzenia sobie w sytuacji trudnej, są mniej podatne na pojawienie się symptomów stresu psychologicznego. W przeciwieństwie do nich, osoby przekonane, że brakuje w ich życiu osób mogących udzielić im wsparcia w trudnej sytuacji, są bardziej podatne na występowanie zaburzeń charakterystycznych dla osób będących pod wpływem stresu, niezależnie od obiektywności takiej percepcji (zob. przegląd badań za: Licitra-Kleckler 1993).

BADANIA WŁASNE

Poniżej zostaną przedstawione wstępne doniesienia z badań podjętych przez autorkę opracowania. Celem badań była próba określenia, czy poczucie wsparcia społecznego wpływa na obraz własnej choroby u osób starszych po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu.

Do realizacji celu badawczego zastosowano Kwestionariusz Wsparcia Społecznego J. S. Norbeck (NSSQ – *Norbeck Social Support Questionnaire*, 1981)

oraz Skalę Przystosowania do Choroby Nowotworowej Mini-MAC (*The Mental Adjustment to Cancer Scale*) skonstruowaną przez Watson i współautorów (1994) w adaptacji Z. Juczyńskiego (2000). Skalę Mini-MAC do celów badawczych nieznacznie zmodyfikowano poprzez zastąpienie w treści 3 itemów słów „rak” i „nowotwór” słowem „choroba”.

Kwestionariusz Wsparcia Społecznego zapewnia opis źródeł społecznego wsparcia, a także dostarcza informacji o osobach go udzielających, czyli znajdujących się w sieci socjalnej i zapewniających emocjonalną i instrumentalną pomoc osobie w jej staraniach o przezwycięzenie trudnej sytuacji (Kirenko 2002). Kwestionariusz składa się z trzech części. Pierwsza z nich informuje o osobach znaczących, tj. ważnych bądź zapewniających byt osobie wypełniającej kwestionariusz, oraz o charakterze związku łączącego ją z każdą z tych osób (rodzina, przyjaciel, lekarz itp.). Badani używają tu jedynie imion lub inicjałów poszczególnych osób. Dane umieszczone są w 15 przeznaczonych do tego celu polach, chociaż nie wszystkie one muszą być wykorzystane. Ta część kwestionariusza zawiera również dane dotyczące wieku, płci, wykształcenia, statusu małżeńskiego oraz aktywności religijnej osób badanych. Część druga NSSQ składa się z 8 pytań, które odnoszą się do osób wymienionych w części pierwszej. Pytania 1 i 2 dotyczą stopnia, w jakim badany czuje się akceptowany, aprobowany, doceniany przez wskazanego w części pierwszej dawcę wsparcia (wymiar Emocji). Udzielając odpowiedzi na pytanie 3 i 4, badany określa poziom zaufania do osoby oferującej wsparcie, stopień zgodności swoich poglądów z działaniami i poglądami dawcy wsparcia (wymiar Afirmacji). Badany ocenia również stopień „niezawodności” w sytuacjach trudnych (pytania 5 i 6 wchodzące w skład wymiaru Pomoc). Na każde z postawionych pytań osoba badana odpowiadała używając 5-punktowej skali typu Likerta: zupełnie nie (1 pkt), trochę (2 pkt), średnio (3 pkt), całkiem nieźle (4 pkt), całkowicie (5 pkt). W dwóch ostatnich pytaniach forma odpowiedzi jest inna. Należy określić w miesiącach lub w latach czas znajomości z wymienioną osobą oraz podać częstość kontaktów z nią. W części trzeciej osoby badane odpowiadały na pytania alternatywne: Czy podczas minionego roku straciłeś z kimś ważnym kontakt wskutek separacji, śmierci lub z innych powodów? Ponadto należy tu ustalić kategorie, do której należą osoby wymienione w części pierwszej, oraz zaznaczyć, w jakim stopniu wspomagały one badanego. W tym celu używa się następującej skali typu Likerta: wcale (0 pkt), trochę (1 pkt), średnio (2 pkt), całkiem nieźle (3 pkt), całkowicie (4 pkt), dla każdego z wymiarów – Afirmacji, Emocji i Pomocy.

Po zliczeniu punktów, według klucza, uzyskuje się Sumy Funkcjonalne: specyficzno-źródłowe i specyficzno-sytuacyjne. Sumy specyficzno-źródłowe określają (poprzez wyrażoną liczbę wariancji) totalną sumę funkcyjną wsparcia ze strony sieci utworzonej przez osoby znaczące dla badanych. Sumy specyficzno-

-sytuacyjne informują o poziomie wsparcia społecznego udzielonego przez poszczególne grupy źródłowe (rodzina, przyjaciele itp.), w określonych typach sytuacji dotyczących trzech wyżej wymienionych wymiarów skali. Sumy specyficzno-źródłowe mieszczą się w granicach od 2–10 pkt dla poszczególnych wymiarów. Im wyższy wynik, tym wyższe poczucie wsparcia w danym wymiarze ze strony osób znaczących dla osoby badanej.

Skala Mini-MAC stosowana jest do pomiaru strategii radzenia sobie z chorobą, które na ogół utożsamiane są ze sposobami przystosowania do choroby nowotworowej. Narzędzie może służyć do oceny reakcji na diagnozę, lecz również do ujęcia zmian zachodzących w trakcie procesu leczenia i rehabilitacji.

Polska wersja Skali Mini-MAC zawiera 29 stwierdzeń i mierzy cztery strategie radzenia sobie:

1) zaabsorbowanie lękowe – wyrażające niepokój spowodowany chorobą, spostrzeganą jako zagrożenie wywołujące lęk,

2) duch walki – skłaniający chorego do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowania działań zwalczających chorobę,

3) bezradność–beznadziejność – świadcząca o poczuciu bezsilności, zagubieniu i biernym poddaniu się chorobie,

4) pozytywne przewartościowanie – wyrażające takie przeorganizowanie problemu swojej choroby, aby przy pełnej świadomości jej powagi znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat.

Skala Mini-MAC należy do narzędzi samoopisu. Badany ocenia przy pomocy skali czterostopniowej, w jakim stopniu podane stwierdzenia odnoszą się do niego w chwili obecnej. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej z czterech strategii. W skład każdej strategii wchodzi 7 stwierdzeń. Zakres wyników mieści się w granicach od 7 do 28 punktów dla każdej strategii. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań charakterystycznych dla danego sposobu zmagania się z chorobą (Juczynski 2001).

ORGANIZACJA BADAŃ ORAZ CHARAKTERYSTYKA BADANYCH OSÓB

Badaniem objęto grupę 15 hospitalizowanych na oddziale neurologii i oddziale dla przewlekle chorych z powodu udaru niedokrwienego mózgu. Przedział wieku osób badanych to 70–76 rok życia ($M = 73$ lata). W skład grupy badanej weszło 8 kobiet i 7 mężczyzn. Kwalifikowanie do badań odbywało się po uprzednim przeprowadzeniu badania neuropsychologicznego przy użyciu metod psychometrycznych i eksperymentalno-klinicznych. Wykorzystano m.in. Zestaw do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniem mózgu Włodzimierza Łuckiego, MMSE, Skalę Inteligencji Wechslera WAIS-R, Test Pamięci Wzrokowej Bentona, Wzrokowo- Motoryczny Test Postaciowania L. Bender.

W toku doboru pacjentów do badań włączono osoby: niewykazujące obniżenia funkcjonowania poznawczego lub przejawiające lekkie jego obniżenie, bez zaburzeń afatycznych uniemożliwiających udział w badaniu, z zachowanym krytycyzmem oraz niewykazujące zaburzeń depresyjnych w przeszłości. 10 osób przejawiało łagodne zaburzenia poznawcze. Deficyty obecne były w zakresie funkcji wzrokowo-przestrzennych (u 4 osób), zakresu pamięci bezpośredniej (10 osób). U 5 badanych nie stwierdzono deficytów poznawczych. Żadna z osób badanych nie wykazywała zaburzeń w zakresie nadawania i rozumienia mowy. Badani adekwatnie dostrzegali własną niepełnosprawność i krytycznie oceniali swoje funkcjonowanie pod względem posiadanych zaburzeń i zachowanych umiejętności. Wszystkie osoby badane przejawiały osłabienie lub niedowład połowiczny w zakresie kończyn górnych i dolnych. Przebadane osoby utworzyły dwie grupy. Pierwszą stanowiło 10 osób posiadających bliską rodzinę (A), drugą – 5 osób samotnych z przyczyn losowych (B).

Przeprowadzono dwukrotne badanie – w pierwszych dniach oraz po 2 tygodniach pobytu w szpitalu.

WYNIKI

Wstępna analiza jakościowa wyników badań wskazuje na istnienie wpływu stanu emocjonalnego badanych, wynikającego z odczuwania wsparcia ze strony bliskich, na ustosunkowanie się do choroby.

POZIOM POCZUCIA WSPARCIA SPOŁECZNEGO U OSÓB BADANYCH

Analizie poddano sieć relacji społecznych wyznaczonych przez kryteria więzi społecznych, więzi pokrewieństwa, przyjaźni bądź kryteria kontaktów utrzymywanych z osobami z kręgu opieki medycznej lub społecznej, ustalając w ten sposób sieć społeczno-socjalną, tworzoną przez osoby ważne lub zapewniające byt osobie badanej, jak i charakter związku łączącego ją z każdą z tych osób. W przeważającej większości opinii badanych z grupy A w I badaniu do osób znaczących należą współmałżonek, dzieci oraz rodzeństwo. Osoby samotne jako osoby ważne w ich życiu podawały kolegów/koleżanki, sąsiadów i opiekunów społecznych. Osoby z grupy A wymieniały od 3 do 13 osób znaczących w ich życiu, ze średnią wynoszącą 7,6 powiązań. Badani z grupy B natomiast wskazali mniej łączących je związków z osobami znaczącymi, bo od 1 do 6 osób, ze średnią powiązań 4,0.

Na ogólną liczbę 76 osób wyszczególnionych w sieci powiązań w grupie A – po 35,5% to dzieci i rodzeństwo, 13,2% wymienionych osób stanowią małżonkowie (wymienieni jako osoby ważne przez wszystkich badanych z tej grupy)

i koleżanki/koledzy. Jako osoby ważne w 2,64% badani podali osoby z bliskiego sąsiedztwa. Scalając trzy grupy – małżonkowie, dzieci, rodzeństwo – w jedną „grupę rodzinną”, otrzymujemy bardzo silne pole relacji społecznych wynoszące 84,2% wszystkich powiązań badanych z tej grupy z osobami znaczącymi.

Sieć powiązań osób badanych z grupy B w I badaniu wynosi 20 osób. Połowa z podanych powiązań to rodzeństwo osób badanych, a 20% stanowią osoby z grup źródłowych – sąsiedzi/koleżanki/koledzy. Z uwagi na często trudną sytuację rodzinną i materialną badanych z grupy B osoby z grupy wsparcia społeczno-socjalnego (pracownicy socjalni) stanowią 10% wszystkich powiązań osób z tej grupy (tab. 1).

Tabela 1. Sieć wsparcia społecznego – grupy A i B w I i II badaniu
The social support net in groups A and B in the first and the second testing

Osoby znaczące	I badanie				II badanie			
	Gr. A		Gr. B		Gr. A		Gr. B	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Małżonek	10	13,2	—	—	10	13,2	—	—
Dziecko	27	35,5	—	—	27	35,5	—	—
Rodzeństwo	27	35,5	10	50	25	32,9	10	37,1
Sąsiad	2	2,64	4	20	1	1,32	2	7,41
Kolega/koleżanka	10	13,2	4	20	6	7,9	4	14,8
Opiekun socjalny	—	—	2	10	—	—	3	11,1
Lekarz/pielęgniarka	—	—	—	—	3	3,95	4	14,8
Rehabilitant	—	—	—	—	4	5,3	4	14,8
Razem	76	100	20	100	76	100	27	100

W sytuacji przedłużającej się hospitalizacji w grono osób znaczących włączono osoby z personelu medycznego. Znamienne jest to, iż osoby samotne w większym stopniu niż osoby posiadające bliską rodzinę jako osoby znaczące traktowały ludzi należących do sfery opieki medycznej. W grupie A powiązanie z personelem medycznym wyniosło 9,25%, zaś w grupie B – 40,7%. Z relacji pacjentów wynika, iż osoby samotne mają o wiele większe oczekiwania wobec personelu medycznego związane z poprawą stanu zdrowia i funkcjonowania poza szpitalem (co wiąże się z przywróceniem większej samodzielności) niż osoby mogące liczyć na pomoc osób bliskich.

POZIOM WSPARCIA SPOŁECZNEGO UDZIELANEGO OSOBOM BADANYM PRZEZ GRUPY ŹRÓDŁOWE SIECI

Sumy specyficzno-sytuacyjne informują o poziomie wsparcia społecznego udzielanego przez poszczególne grupy źródłowe w określonych typach relacji odnoszących się do trzech głównych kategorii Kwestionariusza Wsparcia Społecznego: Emocje, Afirmacja, Pomoc (Kirenko 2002). Analiza ośmiu pytań podsta-

wowych tworzących wyżej wymienione skale kwestionariusza umożliwiła określenie roli wymienionych wcześniej osób znaczących w ocenie poczucia wsparcia społecznego u badanych osób.

Mimo iż część badanych potwierdzała sporadyczny kontakt z dziećmi, najczęściej drogą telefoniczną, to w największym stopniu jednak osoby badane oczekują wsparcia z ich strony. Pomimo że w swoich wypowiedziach w trakcie badania starali się usprawiedliwiać rzadki kontakt z dziećmi odległością zamieszkania czy „brakiem czasu”, to w badaniu ujawniają, że to w nich lokują większość emocji, szukają potwierdzenia, uznania i aprobaty. W większym stopniu korzystają jednak z pomocy współmałżonka. Jest to spowodowane tym, iż razem mieszkają, więc sytuacji, w których pomoc jest oczekiwana i możliwa do otrzymania, jest więcej. Część osób badanych potwierdza jednak, iż nie proszą o pomoc dzieci, które „mają swoje życie i swoje sprawy”. Osoby samotne również w największym stopniu oczekują wsparcia ze strony rodziny, zwykle rodzeństwa. Osoby te wyżej oceniają fakt bycia akceptowanym przez rodzeństwo niż przewidywaną gotowość do uzyskania pomocy z ich strony.

Tabela 2. Stopień nasilenia wsparcia społecznego – średnie wyniki grupy A i B w I badaniu
Degree of the intensity of social support – average results of A and B groups in the first testing

Osoby znaczące	Grupa A			Grupa B		
	Emocje	Afirmacja	Pomoc	Emocje	Afirmacja	Pomoc
Małżonek	3,9	4,2	4,6	—	—	—
Dziecko	4,6	4,8	4,2	—	—	—
Rodzeństwo	3,5	4,1	4,2	4,2	4,4	3,0
Sąsiad	3,3	3,1	2,6	3,2	3,4	3,2
Kolega/koleżanka	3,3	3,2	2,9	4,0	4,2	2,0
Opiekun socjalny	—	—	—	2,0	4,0	2,2
Lekarz/pielęgniarka	—	—	—	—	—	—
Rehabilitant	—	—	—	—	—	—

Sytuacja hospitalizacji i codzienne doświadczanie ograniczeń w sferze ruchowej, spowodowanych niedowładem połowicznym, sprawiły, iż badani w większym stopniu oczekiwali wsparcia instrumentalnego w postaci pomocy przy karmieniu, podawaniu leków, czynnościach samoobsługowych. Fakt ten prawdopodobnie jest związany z sytuacją choroby: gorszego samopoczucia, poczucia inwalidyzacji.

Warto zauważyć, że poczucie bycia kochanym i akceptowanym wzrosło wraz z przedłużaniem się hospitalizacji u osób posiadających bliską rodzinę. Natomiast u osób samotnych uległo obniżeniu.

Tabela 3. Stopień nasilenia wsparcia społecznego – średnie wyniki grupy A i B w II badaniu
Degree of the intensity of social support – average results of A and B groups in the second testing

Osoby znaczące	Grupa A			Grupa B		
	Emocje	Afirmacja	Pomoc	Emocje	Afirmacja	Pomoc
Małżonek	3,9	4,6	4,8	—	—	—
Dziecko	4,6	4,7	4,9	—	—	—
Rodzeństwo	3,6	3,4	3,2	3,2	3,4	3,4
Sąsiad	3,0	3,0	2,1	3,0	3,0	3,0
Kolega/koleżanka	3,0	3,0	3,0	3,0	3,2	3,2
Opiekun socjalny	—	—	—	2,0	4,0	4,0
Lekarz/pielęgniarka	4,0	4,0	4,4	4,0	4,0	4,2
Rehabilitant	4,0	4,0	4,6	4,5	4,5	5,0

OBRAZ REAKCJI NA CHOROBE U OSÓB BADANYCH

Pierwsze dni hospitalizacji badanych cechowały się wysokim „zaabsorbowaniem lękowym” będącym reakcją na chorobę. W trakcie hospitalizacji obraz choroby u badanych osób ulegał modyfikacjom. Poziom lęku obniżył się w większym stopniu u osób mających bliskie relacje z rodziną niż u osób samotnych. Chęć walki z chorobą osiągnęła większe wartości w trakcie trwania hospitalizacji u pacjentów posiadających bliską rodzinę. Jednak wartości uzyskane w skali „duch walki” u osób samotnych w II badaniu uległy nieznacznemu wzrostowi. Istotny wydaje się fakt, iż pacjenci o wysokim poczuciu wsparcia ze strony rodziny w miarę upływu czasu od zachorowania w mniejszym stopniu odczuwali uczucie bezsilności i zagubienia, natomiast u osób samotnych poziom bezradności i beznadziejności wzrósł. Z relacji pacjentów wiadomo, że wynika to z obawy o przyszłość spowodowaną ograniczeniami w samodzielności i pogorszeniu stanu zdrowia.

Zbyt krótki okres, jaki upłynął od zachorowania do powtórnego badania, nie pozwolił wychwycić zmian w sferze pozytywnego przewartościowania sytuacji choroby (tab. 4). Nie pozwolił również pacjentom samotnym na wypracowanie bardziej konstruktywnych stylów radzenia sobie z chorobą. O ile u pacjentów z grupy A wraz z końcem okresu hospitalizacji zmniejszył się poziom stosowania destrukcyjnych stylów radzenia sobie z chorobą i osiągnął on wartości przeciętne, to w grupie B nie uległ zmianie i utrzymał się na poziomie wysokim (tab. 5).

Tabela 4. Zestawienie średnich wyników strategii radzenia sobie z chorobą grupy A i B w I i II badaniu
Average results of managing with an illness of groups A and B in the first and the second testing

Strategia radzenia sobie z chorobą	Grupa A		Grupa B	
	I bad.	II bad.	I bad.	II bad.
Zaabsorbowanie lękowe	28	18	28	24
Duch walki	16	20	14	15
Bezradność–beznadziejność	22	18	23	25
Pozytywne przewartościowanie	14	14	14	14

Tabela 5. Średnie wyniki stylu radzenia sobie z chorobą grupy A i B w I i II badaniu w wartościach stenowych
Average results of managing with an illness styles of A and B groups in the first and the second testing in the standard ten

Style radzenia sobie z chorobą	Grupa A		Grupa B	
	I bad.	II bad.	I bad.	II bad.
Konstruktywne	4	4	3	3
Destrukcyjne	8	5	8	8

DYSKUSJA WYNIKÓW

Udar mózgu jest nagłym, dramatycznym i często traumatycznym wydarzeniem w życiu chorych. Bywa przyczyną wielu fizycznych, poznawczych i emocjonalnych deficytów. Osoby po przebytych udarach mózgu często doświadczają zmiany sytuacji życiowej w zakresie pełnionych społecznie ról i „koncepcji siebie”. Percepcja tych zmian może prowadzić do depresji, poczucia izolacji czy nawet do zwiększonej umieralności (Kawachi i in. 1996; Fonda, Wallace, Herzog 2001; Alaszewski, Alaszewski i in. 2003)

Zjawisko izolacji społecznej wiąże się ściśle z pojęciem samotności. Samotność jest złożonym, negatywnym stanem psychicznym, będącym reakcją na niezaspokojenie intymnych i społecznych potrzeb (Cacioppo i in. 2000). Przejściowa dla jednych, samotność może być stanem chronicznym dla innych. Badania Cacioppo i innych wskazują, iż satysfakcjonujące relacje społeczne łączą się z bardziej pozytywnym postrzeganiem świata, bardziej autonomicznymi zachowaniami w sytuacji radzenia sobie z trudnymi psychologicznie wyzwaniami. Badacze stwierdzili, że osoby, które były chronicznie samotne, charakteryzowały się zwiększonym średnim poziomem kortyzolu w ciągu dnia oraz wzmożonym pobudzeniem osi kora nadnerczy–przysadka–podwzgórze. Badania prowadzone przez Cacioppo i innych (2000) wykazały również, iż u osób samotnych wystąpiły deficyty uwagi, zaburzenia snu, dysforia w większym stopniu niż u osób określających swoje relacje społeczne jako satysfakcjonujące. Osoby samotne w mniejszym stopniu skłonne są też do szukania pomocy ze strony innych oraz negatywnie oceniają swoją zdolność do nawiązania i podtrzymania relacji społecznych.

W swoich badaniach House i inni (1998) stwierdzili, iż izolacja społeczna jest głównym czynnikiem ryzyka zwiększonej zachorowalności i śmiertelności, równoważnym z takimi czynnikami, jak nadciśnienie, nikotynizm, otyłość czy siedzący tryb życia. Negatywne konsekwencje izolacji społecznej dla zdrowia były szczególnie silne, zdaniem autorów, dla osób starszych i o niskim statusie ekonomicznym. Izolacja społeczna i samotność wiąże się z gorszym psychicznym i fizycznym samopoczuciem (Gupta i Korte 1994; Ernst i Cacioppo 1999).

Osoby, które potwierdzają fakt utrzymywania bliskich kontaktów z 5 lub więcej osobami w ciągu ostatnich 6 miesięcy, o 60% w większym stopniu określały swoje życie jako „bardzo szczęśliwe” w porównaniu z osobami, które nie utrzymywały takich kontaktów (Burt 1986).

Ludzie są świadomi ważności utrzymywania satysfakcjonujących relacji społecznych. Na pytanie, co jest niezbędne, aby być szczęśliwym, większość odpowie, że bliskie relacje z rodziną i przyjaciółmi (Berscheid 1985).

PODSUMOWANIE

Wyniki badań wstępnie wskazują na tendencję do obniżania się zaabsorbowania lękowego, zmniejszania się bezradności w sytuacji choroby wraz z odczuwaniem wysokiego poczucia wsparcia ze strony najbliższych, jak również personelu medycznego. Na podstawie obserwacji pacjentów, rozmów z nimi i z personelem medycznym można wnioskować, że jakość relacji między chorym a jego rodziną, częstotliwość odwiedzin wpływała na samopoczucie, ilość skarg zgłaszanych przez pacjentów i podejmowanie działań zmierzających do poprawy stanu fizycznego – np. udział w rehabilitacji. W tak wstępnej fazie badań trudno wyciągać daleko idące wnioski, są to jedynie tendencje wymagające dalszej weryfikacji statystycznej. Jednak już na tym etapie nasuwają się pewne refleksje: w dalszym ciągu należy poszerzać świadomość przedstawicieli medycyny co do wpływu stanu psychicznego oraz poznawczej reprezentacji choroby pacjentów na proces leczenia. Drugim zagadnieniem jest specyfika sytuacji osoby w późnych wieku dorosłości w sytuacji choroby czy sytuacji trudnej w ogóle. Wydaje się, że nie tylko sama choroba jest przyczyną obniżenia jakości życia osoby starszej, bo – jak stwierdziła osoba badana – „wojnę się przeżyło i śmierć bliskich, to i chorobę się zniesie”, lecz również poczucie osamotnienia.

Jako istoty społeczne nie możemy wyzwolić się z potrzeby bycia kochanym, docenianym, ważnym dla innych. Ludzie są związani z innymi od momentu przyjścia na świat. Przetrwanie nowo narodzonego dziecka zależy od opieki innych ludzi. Nic więc dziwnego, że w ludzkich genach zapisana jest wrażliwość na wspierający kontakt i związki z innymi. Zdaniem naukowców, uczucie przywią-

zania i potrzeba opieki ma hormonalne i neurofizjologiczne substraty (Carter i in. 1997; Uvnas-Mosberg 1997).

Potrzeba przynależności nie ustępuje w dzieciństwie, lecz staje się podstawą fizycznego i psychicznego samopoczucia w ciągu całego życia. W związku z tym to od nas zależy, czy starość będzie odczuwana w kategoriach „straty” czy „zysku”.

BIBLIOGRAFIA

- Baltes P. B., Smith J. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation*. W: Baltes P. B., Baltes M. M. (red.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (s. 1–34). New York: Cambridge University Press.
- Bergh van den B. R. H. (1992). *Maternal emotions during pregnancy and fetal and neonatal behaviour*. W: Nijhuis J. G. (red.), *Fetal behaviour. Developmental and perinatal aspects* (s. 157–178). Oxford: Oxford University Press.
- Berscheid E. (1985). *Interpersonal attraction*. W: Lindzey G., Aronson E. (red.), *The Handbook of Social Psychology* (vol. 2, s. 413–484). New York: Random House.
- Bolewska A. (2008). *Rola czynników psychospołecznych w rehabilitacji neuropsychologicznej*. W: E. Łojek, A. Bolewska (red.), *Wybrane zagadnienia rehabilitacji neuropsychologicznej* (s. 26–55), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Cacioppo J. T., Ernst J. M., Burleson M., McClintock M., Malarkay W., Hawkley L., Kowalewski R., Paulsen A., Hobsob J., Hugdahl K., Spiegel D., Bernston G. (2000). *Lonely traits concomitant physiological processes: the McArthur social neuroscience studiem*, „International Journal of Psychophysiology”, 35: 143–154.
- Carter C., Lederhendler I., Kirkpatrick B. (1997). *The Integrative Neurobiology of Affiliation*. New York: N.Y. Academy Of Science.
- Burt R. S. (1986). *Strangers, friends and happiness*. GSS Technical Report No 72. National Opinion Research Center, Chicago: University of Chicago.
- Chopra D. (1993). *Życie bez starości. Młode ciało. Ponadczasowy umysł*, tłum. G. Woźniak. Warszawa: KiW.
- Domańska L., Borkowska A. (red.) (2008). *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Lublin: UMCS.
- Ernst J. M., Cacioppo J. T. (1999). *Lonely hearts. Psychological perspectives on loneliness*. „Preventive Psychology”, 8: 1–22.
- Frederickson B. L. (2003). *The value of positive emotions*. „American Scientist”, 91: 330–335.
- Gałkowski T. (2008). *O potrzebie wspólnego języka w psychopatologii rozwojowej i rehabilitacji*. W: E. Łojek, A. Bolewska (red.), *Wybrane zagadnienia rehabilitacji neuropsychologicznej* (s. 9–25). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Gupta V., Korte C. (1994). *The effects of confidant and a peer group on the well-being of single elders*. „Journal of Aging Human”, 39: 293–302.
- House J., Landis K., Umberson D. (1988). *Social relationships and health*. „Science”, 241: 540–545.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.) (2002). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: PWN.
- Herzyk A. (2005). *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Heszen-Klemens I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
- Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Kang D. H., Coe C. L., Kraszewski J., McCarthy D. O. (1998). *Relationship of social support to stress and immune function in healthy and asthmatic adolescence*. „Research in Nursing and Health”, 21: 117–128.

- Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji psychologii zdrowia*. Warszawa.
- Kirenko J. (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki.
- Kulczycki M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem*. Wrocław: Ossolineum.
- Labouvie-Vief G. (1990). *Wisdom as integrated thought. Historical and developmental perspectives*. W: R. J. Sternberg (red.). *Wisdom. Its nature, origins, and development* (s. 52–83). Cambridge University Press.
- Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. (1980). *The common sense representation of illness danger*. W: Rachman S. (red.). *Contribution to medical psychology* (s. 7–30). Oxford: Pergamon Press.
- Licitra-Kleckler D. M. (1993). *Perceived social support among high-stress adolescence. The role of peers and family*. „Journal of Adolescent Research”, 8, 4: 381–402.
- Magnusson D. (1978). *On the psychological situation. Reports from the Department of Psychology*, 544. Stockholm: University of Stockholm.
- Meyza J. (1997). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa: Wydawnictwo Centrum Onkologii.
- Norbeck J. S., Lindsey A. M., Carrieri V. L. (1981). *The development of an instrument to measure social support*. „Nursing Research”, 30: 264–269.
- Pronzato A. (2005). *Starość czasem nadziei*. Kraków: Salwator.
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (1996). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: PWN.
- Rathunde K. (1995). *Wisdom and abiding interest Interviews with three noted historians in later life*. „Journal of Adult Development”, 3: 159–172.
- Sęk H. (1993). *Jakość życia a zdrowie*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 2: 100–118.
- Sęk H. (2001). *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*. W: L. Cierpiałowska, H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia* (s. 13–31). Poznań: Wydawnictwo Humaniora.
- Siek S. (1989). *Walka ze stresem*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Springer S., Deutch G. (1998). *Lewy mózg, prawy mózg. Z perspektywy neurobiologii poznawczej*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Tłokiński W. (1997). *Wypełnianie starości. Trening ku życiu*. Gdańsk: A.E.L. Publishing House.
- Tomaszewski T. (1975). *Człowiek w sytuacji*. W: Tomaszewski T. (red.). *Psychologia* (s. 31–36). Warszawa: PWN.
- Tyszkowa M. (1988). *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia. Zagadnienia teoretyczne i metodologiczne*. Warszawa: PWN.
- Uvnas-Mosberg K. (1997). *Physiological and endocrine effects of social contact*. „Academy of Science”, 807: 147–163.
- Walsh K. (1998). *Neuropsychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

SUMMARY

The problem of aging society forces to broaden the knowledge of the situation of man in late adulthood in the contemporary world. More and more often the scope of psychological research includes, besides the description of regressive changes taking place throughout the period of human aging, the issues of using the resources and emphasising the developmental aspects of this period of human life. Taking into account the commonness of various disease and conditions occurring in the old age, the issue of the picture of one's own disease seems to be significant as the factor which has a strong influence on the treatment process. When we consider the disease situation as the stress situation, it is worth to focus the attention on the “buffer” effect of social support which lowers the stress of the recipient of the support and enables to overcome the difficulties and eases the negative effects of the disease situation.